

Limpiar





RECLAMACIÓN PREVIA

ATENCIÓN. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible.
ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYÚSCULAS. GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI/NIE/Pasaporte	Número de Seguridad Social	Teléfono móvil		Correo electrónico	
Domicilio habitual (calle o plaza)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad	Provincia		País	

FORMULO reclamación previa contra la resolución de esa Dirección Provincial de fecha ....
dictada en el expediente .... por los siguientes hechos y fundamentos legales:
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

SOLICITO a la Dirección Provincial del INSS que admita este escrito, estime mi reclamación y me conceda ....
....
....
....
....

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud.

AUTORIZO la consulta de mis datos de identificación personal a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad.

En.., a............. de....................................... de 20 ....

Firma,

Sr/a. Director/a Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de...

Seguridad Social Protección de datos

Los datos personales reflejados en esta solicitud serán tratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) con el fin de gestionar la información/petición formulada. Podrá ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679 y art 11 a 18 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (acceso, rectificación, supresión, etc…), ante cualquier oficina del INSS o en la dirección de correo electrónico: consultas.inss-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es. Para más información consulte la política de protección de datos del INSS en la web: www.seg-social.es.

NO OLVIDE PEDIR COPIA O EXTRACTO UNA VEZ PRESENTADA